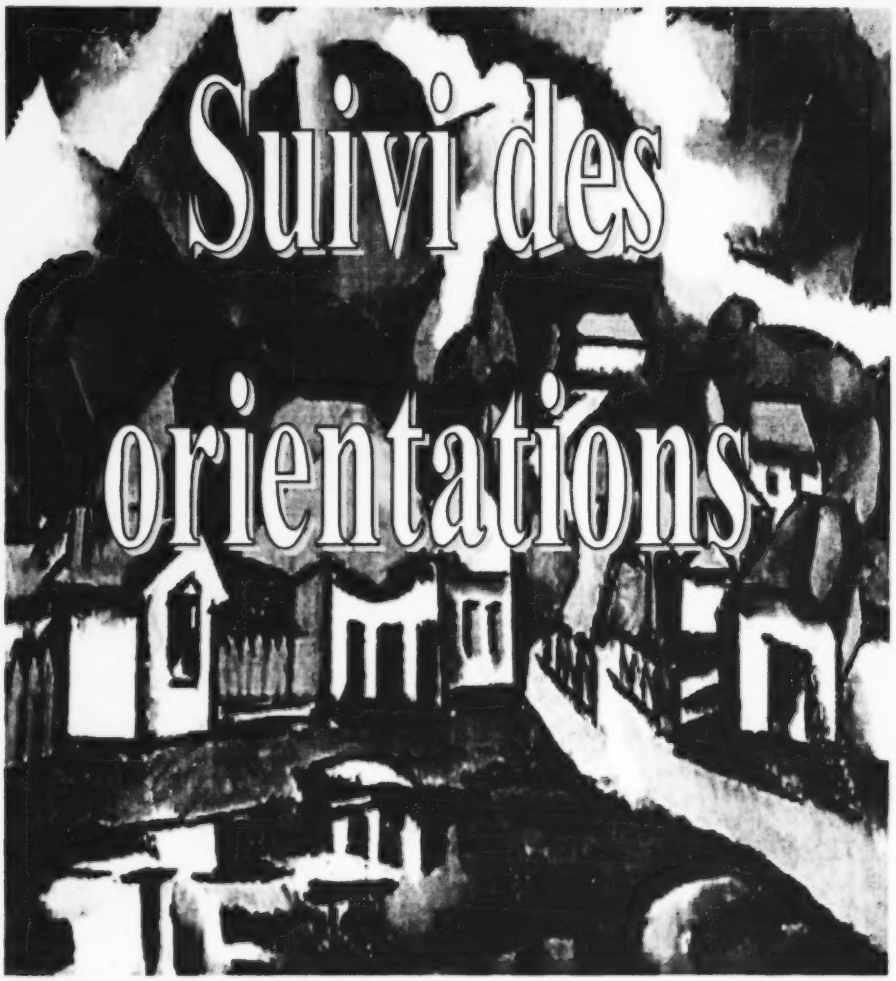
RÉGIE RÉGIONALE
DE SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE LA MAURICIE
ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC



La transformation du réseau de la santé et des services sociaux

Juin 1998

Conception et mise en page (juin 1998)
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de la Mauricie et du Centre-du-Québec

Dépôt légal – 2-89340-019-1
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada

Dans ce document, le générique masculin est utilisé dans le seul but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

RÉGIE RÉGIONALE
DE SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE LA MAURICIE
ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

106-06058/

Table des matières

INTRODUCTION 1

CHAPITRE 1 : UN RAPPEL DU PLAN DE TRANSFORMATION DE 1996 5

CE QUI A MENÉ AU PLAN DE TRANSFORMATION 7

Politique de la santé et du bien-être (PSBE) 7

Projet Inter 7

Stratégies d'action prioritaires 7

LES ORIENTATIONS DU PLAN DE TRANSFORMATION 8

CHAPITRE 2 : LA PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE DE SUIVI 11

OBJECTIF VISÉ PAR LE SUIVI DES ORIENTATIONS 11

MÉTHODE ET ÉTAPES FRANCHIES 11

CHAPITRE 3 : LES RÉSULTATS DU SUIVI DES ORIENTATIONS 15

ORIENTATION 1 : ACCROÎTRE LE DÉVELOPPEMENT D'ACTIONS ET DE SERVICES DE BASE EN PROMOTION-PRÉVENTION

Les stratégies 15

Les constats 15

Les principales pistes d'amélioration suggérées pour 1999-2002 17

ORIENTATION 2 : RÉPONDRE DANS CHAQUE COMMUNAUTÉ À PLUS DE 85 % DES BESOINS QUOTIDIENS DE LA POPULATION EN TERMES DE SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ 17

Les stratégies 19

Les constats 18

Les principales pistes d'amélioration suggérées pour 1999-2002 20

ORIENTATION 3 : ASSURER L'ACCÈS RAPIDE AUX SERVICES DE SANTÉ SPÉCIALISÉS ET SUR-SPÉCIALISÉS POUR LES BESOINS QUI NE PEUVENT ÊTRE RÉPONDUS LOCALEMENT 21

Les stratégies *21*

Les constats *21*

Les principales pistes d'amélioration suggérées pour 1999-2002 ..... *23*

ORIENTATION 4 : S'ASSURER QUE LES SERVICES SOCIAUX ET DE SANTÉ SOIENT ÉTROITEMENT COORDONNÉS ET PERSONNALISÉS 23

Les stratégies *23*

Les constats *24*

Les principales pistes d'amélioration suggérées pour 1999-2002 ..... *24*

ORIENTATION 5 : UTILISER LES RESSOURCES DE FAÇON EFFICACE ET EFFICIENTE POUR FAIRE EN SORTE QUE LES SERVICES ET LES STRUCTURES CORRESPONDENT À LA CAPACITÉ DE PAYER DE LA SOCIÉTÉ 25

Les stratégies *25*

Les constats *26*

Les principales pistes d'amélioration suggérées pour 1999-2002 ..... *26*

ORIENTATION 6 : PERMETTRE À LA RÉGION DE FAIRE SA PART DANS L'ASSAINISSEMENT DES FINANCES PUBLIQUES 28

Les stratégies *28*

Les constats *28*

Les principales pistes d'amélioration suggérées pour 1999-2002 ..... *29*

CONCLUSION 31

Introduction

INTRODUCTION

Le présent document se veut un exercice d'intégration de plusieurs données. Ces dernières ont été recueillies dans le cadre d'une opération visant à assurer le suivi de l'implantation du plan de transformation du réseau de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec. La collecte d'information s'est effectuée principalement à l'automne 1997 pour se poursuivre jusqu'en mai dernier.

Ce rapport est destiné principalement aux administrateurs, gestionnaires et intervenants du réseau, tant des établissements que des organismes communautaires. Il permet non seulement d'assurer le retour d'information auprès de ceux qui ont agi comme répondants lors de cette opération, mais aussi de suivre l'évolution des six orientations mises de l'avant dans le plan de transformation adopté en 1996.

Dans l'ensemble, le document rapporte les commentaires qui ont été exprimés par rapport à la pertinence et le degré d'atteinte de chacune des orientations retenues dans le plan. De même, des données quantitatives viennent illustrer certains courants d'évolution. À la suite de ces constatations, ce rapport met en lumière certaines pistes d'action à privilégier pour le prochain plan triennal 1999-2002.

Voici un aperçu plus détaillé du contenu livré dans ce document. D'abord, le premier chapitre rappelle les principaux événements qui ont mené au plan de transformation de même qu'à l'adoption des six orientations.

Le deuxième chapitre présente l'objectif poursuivi, la méthodologie utilisée ainsi que les principales étapes qui ont permis de constituer le présent suivi du plan de transformation.

Au troisième chapitre, les résultats du suivi sont présentés pour les six orientations. Ainsi, pour chacune d'elles, sont décrits sommairement les stratégies retenues, les principaux constats de même que les pistes d'amélioration suggérées.

La conclusion fait état des défis qui devront être pris en considération dans le prochain plan triennal.

Chapitre 1

CHAPITRE 1

UN RAPPEL DU PLAN DE TRANSFORMATION DE 1996

Le plan de transformation du réseau de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec a été adopté, en mai 1996, suite à une démarche initiée en 1994 et menée en étroite collaboration avec les partenaires des deux régions concernées. Il s'inscrit dans un courant national axé sur une réforme du système de santé pour l'ensemble des régions du Québec.

Le présent chapitre vise à rappeler les principaux fondements qui ont influencé et guidé l'élaboration du plan de transformation. De fait, la liste n'est pas exhaustive puisque plusieurs autres documents d'orientation ont aussi inspiré le contenu du plan.

Toutefois, parmi les influences les plus marquantes, il faut mentionner la consultation publique menée au début de 1996 pendant plus de dix semaines. Celle-ci a conduit à l'étude de 302 mémoires et à la tenue d'audiences publiques regroupant plus d'une centaine d'individus et organismes de la région.

En définitive, c'est l'implication de nombreux acteurs régionaux qui a donné lieu à un plan de transformation riche en contenu. En effet, le plan met de l'avant six orientations, plus de 95 mesures différentes et prévoit le financement de plusieurs d'entre elles.

Ce qui a mené au plan de transformation

Politique de la santé et du bien-être (PSBE)

En 1992, cette politique ministérielle constitue une première au Québec. Elle vise à fournir des cibles communes à atteindre d'ici 2001-2002. Centrés essentiellement sur une diminution d'importants problèmes sociaux et de santé au Québec, dix-neuf objectifs sont déterminés. Pour favoriser l'atteinte de ces résultats, cette politique propose de multiples voies d'action qui interpellent le réseau et les autres secteurs qui gravitent autour des citoyens et citoyennes tel le milieu scolaire.

Projet Inter

Par l'adoption du *Projet Inter*, en 1994, la Régie régionale donne le coup d'envoi à d'importants travaux territoriaux et régionaux visant à transformer le réseau, à améliorer sa performance globale et à atteindre les objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être*. Le *Projet Inter* introduit alors des critères d'équité dans l'accès aux services. L'objectif visé étant d'offrir plus de services de base dans les communautés.

Stratégies d'action prioritaires

En 1995, la tenue de douze colloques, regroupant les différents secteurs d'activités par territoire de CLSC, vise à mobiliser les partenaires de la région autour des objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être*. Cette opération d'envergure se conclut lors d'un forum régional, en février 1995, par l'adoption de seize stratégies d'action pour 1995-2001.

La plupart de ces stratégies d'action prioritaires sont reprises dans le plan de transformation de 1996. À titre d'exemple, l'objectif visant à « revaloriser et mieux soutenir le rôle de parent » est implicite dans les mesures de répit-dépannage et dans l'implantation du programme *Naître égaux et grandir en*

santé. Aussi, la volonté de « renforcer le dépistage précoce du cancer » se concrétise par l'implantation du Programme québécois du dépistage du cancer du sein.

Les orientations du plan de transformation

Fortement influencée par les politiques sociales qui précèdent, la Régie régionale élabore son plan de transformation du réseau en se basant sur six orientations. Ce sont les suivantes :

1. Accroître le développement d'actions et de services de base en promotion et prévention.

2. Répondre dans chaque communauté à plus de 85% des besoins quotidiens de la population en termes de services sociaux et de santé.

3. Assurer l'accès rapide aux services de santé spécialisés et surspécialisés pour les besoins qui ne peuvent être répondus localement.

4. Assurer que les services sociaux et de santé soient étroitement coordonnés et personnalisés.

5. Utiliser les ressources de façon efficace et efficiente pour faire en sorte que les services et les structures correspondent à la capacité de payer de la société.

6. Permettre à la région de faire sa part dans l'assainissement des finances publiques.

Ces orientations sont au cœur du plan de transformation. En effet, elles guident l'ensemble des mesures contenues à l'intérieur des programmes destinés aux différentes clientèles de même que les autres thèmes développés dans le plan. Par conséquent, faire le suivi de l'implantation du plan de transformation implique nécessairement une analyse de l'évolution propre à chacune des six orientations.

Chapitre 2

CHAPITRE 2

LA PRÉSENTATION DE LA DÉMARCHE DE SUIVI

Depuis l'adoption du plan de transformation, en mai 1996, le réseau a connu de profonds bouleversements. Le temps est venu d'en assurer le suivi et de mesurer l'évolution des changements survenus.

Pour réaliser ce suivi, une méthode centrée sur le bilan des six orientations, lesquelles constituent la base même du plan de transformation, a été mise de l'avant.

Ce chapitre rappelle quel est l'objectif visé par le suivi des orientations, la méthode choisie et les différentes étapes franchies.

Objectif visé par le suivi des orientations

La démarche entreprise pour faire le suivi des orientations vise à répondre à trois principales questions :

- Les six orientations du plan de transformation de 1996 sont-elles encore pertinentes et adéquates?
- Les stratégies du plan permettent-elles de cheminer dans la direction souhaitée?
- Quelles sont les principales pistes d'amélioration pour le futur?

Méthode et étapes franchies

C'est par une collecte d'information de type évaluatif que la démarche de suivi est entreprise à l'automne 1997 pour se concrétiser à travers plusieurs étapes. Certaines actions ont été planifiées par la Régie régionale, alors que d'autres proviennent d'initiatives ministérielles ou encore d'acteurs régionaux. Voici les principales étapes :

- À l'automne 1997, les établissements et les organismes communautaires sont invités par la Régie régionale à commenter les différentes mesures du plan de transformation tant du point de vue interne de leur organisation qu'à titre de membre de leur table de concertation territoriale. Les premiers résultats sont livrés lors d'un forum régional tenu le 25 novembre 1997.
- Vers la même période, un bilan national commandé par le ministère de la Santé et des Services sociaux s'organise à l'échelle provinciale. À partir des fiches suggérées par le Ministère, une rencontre régionale se tient le 24 octobre 1997 où les principaux acteurs sont appelés à s'exprimer devant le Ministre.

- C'est également à l'automne 1997 que le comité de condition de vie des femmes formule un avis sur une première version du rapport d'étape du bilan régional.

- En décembre 1997, souhaitant se faire entendre de façon distincte, les organismes communautaires déposent un texte intitulé *Bilan de la transformation* au conseil d'administration de la Régie régionale.

- En janvier 1998, le groupe d'analyse de l'impact du virage ambulatoire en CLSC dépose son rapport. Celui-ci présente un état de situation des actions à développer en CLSC pour faire en sorte que les services à la population soient disponibles, en quantité et en qualité, le plus près possible des milieux de vie.

- En mai 1998, le Mouvement populaire communautaire (MPC) dépose au conseil d'administration de la Régie régionale son manifeste *Un visage vaut mille mots*. Ce document est le fruit du travail de quelque 250 personnes ayant participé au forum communautaire tenu le 23 avril 1998.

Ces diverses sources d'information ont effectivement permis de tracer un portrait par rapport à la pertinence des orientations du plan et de l'ampleur des changements qu'elles ont occasionnés. Le chapitre suivant reprend une à une les six orientations et en présente une évaluation tant qualitative que quantitative.

Les grandes tendances qui se dégagent de cet état de situation serviront ultérieurement à une révision ou une adaptation du plan de transformation pour les années 1999 à 2002.

Chapitre 3

CHAPITRE 3

LES RÉSULTATS DU SUIVI DES ORIENTATIONS

Ce chapitre dévoile les résultats de la démarche de suivi de la transformation du réseau. C'est en fonction de chacune des six orientations que sont présentées les principales stratégies prévues, les constats qui ont été faits ainsi que les pistes suggérées pour le futur.

De même, des données quantitatives sont amenées pour favoriser une meilleure compréhension de l'évolution ou de la situation actuelle de certaines mesures incluses dans le plan de transformation.

Le lecteur notera que les stratégies mentionnées dans ce chapitre constituent un regroupement des principales actions préconisées dans le plan de transformation parce qu'elles répondent à une même orientation. Cette approche de regroupement vise à faciliter et à simplifier le suivi, tout en préservant l'intégralité du sens de la transformation.

Orientation 1 : Accroître le développement d'actions et de services de base en promotion-prévention

Cette orientation vise une augmentation des activités en promotion-prévention de façon à en faire une partie intégrante de la gamme de services. Le choix des mesures à mettre en place prend ses assises dans la *Politique de la santé et du bien-être* et dans les stratégies régionales d'action prioritaires dont il a été question précédemment.

Pour concrétiser cette orientation, quatre stratégies sont retenues :

- Investir prioritairement dans le développement de services spécifiques en promotion-prévention dans les CLSC, pour ainsi consolider leur capacité d'intervention dans ce volet de la gamme de services.

- Privilégier des actions qui ont un impact sur plusieurs facteurs de risques à la santé en même temps. Par exemple, le *Programme Naître égaux et grandir en santé* agit simultanément sur les conditions de vie, la relation parent-enfant, les bébés de poids insuffisant et le soutien social.

- Privilégier les jeunes et les familles, particulièrement les plus vulnérables, en affectant à ces clientèles les deux tiers du budget de développement en promotion-prévention.

- Supporter l'accroissement des actions en promotion-prévention par un développement de 5,8 M $, soit environ 15 % du budget total de développement 1996-1999.

Les constats

La pratique et les cibles

L'action en promotion-prévention implique des maillages entre les partenaires du réseau de même qu'avec ceux des autres secteurs d'activités. Ce

constat soulève des changements à apporter sur le plan des pratiques pour des organisations trop souvent habituées à travailler de façon autonome.

Lors de la collecte d'information auprès des établissements et des organismes communautaires, il n'y a pas eu de questionnement quant au choix de la cible prioritaire que constituent les jeunes et les familles. Par contre, des attentes ont été exprimées pour une meilleure intégration des actions en promotion-prévention menées par les intervenants des différents secteurs œuvrant dans un même milieu (ex. : l'école et le quartier) ou encore auprès d'une même clientèle (ex. : le SIDA et la planification des naissances).

Pour faciliter une telle intégration, il est recommandé de procéder à l'élaboration de cadres d'intervention définissant clairement les orientations, les actions à mener et le rôle des partenaires concernés dans des volets d'activités à développer. Le rôle des acteurs provenant de d'autres secteurs (éducation, municipalité, emploi, environnement, etc.) doit aussi y être prévu et débattu.

Le financement

Le réseau des établissements déplore la lenteur et le faible budget dans l'octroi du financement. C'est ce qui fait dire à certains qu'il s'agit d'un «mirage» en promotion-prévention. Ce rythme est interprété comme un signe de désintéressement de la Régie régionale par rapport au virage promotion-prévention. Le réseau suggère donc d'accélérer l'octroi du budget et d'accroître le montant affecté à ces activités jugées essentielles et prometteuses.

Par ailleurs, certains partenaires s'inquiètent qu'il puisse se produire un glissement des ressources allouées en promotion-prévention vers des services curatifs à l'intérieur des établissements. Il est demandé que cet aspect soit surveillé de près.

Le tableau 1 illustre l'évolution des crédits alloués en promotion-prévention entre 1996 et 1998, ce qui n'a pas encore été versé pour ces années soit 1 640 000 $, de même que ce qui est prévu pour les années 1998 à 2001. Au total, le plan de transformation prévoyait allouer 6 250 000 $ dans ce secteur.

TABLEAU 1
Crédits associés à la promotion et à la prévention dans les priorités régionales

	Crédits déboursés 1996-1998	Crédits déboursés 1998-1999	Crédits non versés	Total des crédits prévus 1996-1999	Crédits prévus 1998-2001	Total selon le plan
Prévention-promotion	1 490 000	300 000	1 640 000	3 430 000	2 820 000	6 250 000

Régie régionale Mauricie Centre du Québec, mars 1998

En ce qui concerne l'investissement ciblé spécifiquement en CLSC, il voulait accentuer le développement de ces services à l'intérieur de leur gamme d'intervention et consolider leur mandat en promotion-prévention. Ce choix vise aussi à faciliter le replacement de la main-d'œuvre mise en disponibilité vers les CLSC, puisque les règles prévoient que des transferts de personnel ne peuvent s'effectuer que d'un établissement à un autre, et non vers des organismes communautaires.

Les organismes communautaires soulèvent un fort questionnement par rapport à la consolidation du volet promotion-prévention en CLSC et au financement des actions influençant simultanément plusieurs facteurs de risque reliés à la santé. Ce finan-

cement a été interprété comme une absence de reconnaissance de leurs actions et de leur contribution dans ce domaine, puisqu'ils n'ont pas eu accès aux crédits alloués.

La vision régionale

Il ressort comme étant particulièrement important de consolider la vision régionale en matière de promotion et de prévention et d'y intégrer davantage les préoccupations sociales que sont la pauvreté, l'impact des milieux de vie sur la population et l'emploi. Seule une approche réunissant les acteurs des différents secteurs de la vie sociale et économique des communautés et stimulant leur implication peut amener un impact significatif.

Les principales pistes d'amélioration suggérées pour 1999-2002

- Financer les projets en promotion-prévention qui répondent aux critères suivants :
  - ➢ Faciliter l'intégration de la promotion-prévention à la gamme de services.
  - ➢ Clarifier le partage des rôles entre les partenaires.
  - ➢ Favoriser le partenariat sectoriel et multisectoriel.
- Accélérer les versements de crédits prévus au plan de transformation pour stimuler l'émergence d'activités cohérentes et multisectorielles en promotion-prévention.
- Augmenter le taux de financement accordé à la promotion-prévention pour atteindre le 20 % des budgets de développement, tel que le prévoit la *Politique de la santé et du bien-être*.

Orientation 2 : Répondre dans chaque communauté à plus de 85 % des besoins quotidiens de la population en termes de services sociaux et de santé

Cette orientation du plan de transformation traduit la volonté de rendre les services accessibles le plus près possible des personnes dans chacun des territoires. En fait, elle vise à assurer l'autosuffisance des territoires dans la réponse aux besoins de base de leur population.

Pour supporter cette orientation, six stratégies sont mises de l'avant :

- Préciser la gamme des services devant être accessibles dans chaque communauté. Ce sont les services suivants :

  Info-Santé 24 heures/7 jours, services médicaux avec ou sans rendez-vous, services infirmiers généraux et spécialisés, services diagnostiques de base, services thérapeutiques, services préhospitaliers d'urgence, services sociaux courants, services de promotion-prévention, services de soutien à domicile, services aux personnes âgées, services en santé mentale, services pour des clientèles particulières (protection de la jeunesse, alcoolisme et toxicomanie, réadaptation en déficience physique ou intellectuelle).
- Compléter la gamme de services de base sur les territoires, allant même jusqu'au déploiement de certains services spécialisés lorsque possible (ex. : réadaptation physique).
- Accroître les services de maintien des personnes dans leur milieu de vie naturel en développant les mesures qui permettent une meilleure intégration sociale et qui favorisent l'utilisation des ressources les plus légères possible (ex. : soutien aux familles, maintien à domicile, virage ambulatoire).

Plusieurs études démontrent que les personnes en perte d'autonomie veulent demeurer dans leur milieu de vie, y recevoir les soins et les interventions susceptibles d'améliorer leur fonctionnement. De même, elles désirent obtenir du soutien pour leurs aidants naturels.

- Augmenter l'accès aux services en CLSC par des heures d'ouverture qui s'étendent le jour et le soir.

  En 1996, il existait des écarts significatifs quant à l'accès aux services et, dans ce sens, cette stratégie vise à augmenter la plage horaire des CLSC à 60 heures/semaine au minimum.

- Reconnaître le rôle important des organismes communautaires dans une réponse locale aux besoins et ceci, en raison de leur implication et des services variés qu'ils offrent.

- Consolider financièrement les organismes communautaires en ajoutant 3,6 M $ à l'enveloppe de soutien aux organismes communautaires (SOC).

Les constats

En fonction de ces six stratégies, les informations obtenues des acteurs du réseau sociosanitaire permettent de dégager certains constats.

La gamme de services

L'effort visant à préciser la gamme des services à offrir sur les territoires a permis une consolidation et parfois même le développement de d'autres services à la population. Le tableau 2 illustre la variation budgétaire de 17 services de base; la plupart

TABLEAU 2
Enrichissement budgétaire de la gamme de services dans la communauté

Services	Enveloppe en 1995-1996	Enveloppe en 1997-1998	Crédits supplémentaires prévus 1998-1999	Variation en % 1997-1999/ 1995-1996
Répit et dépannage	535 658	985 658	-	+84,01
Allocation personnes handicapées	1 363 975	1 784 310	-	+30,82
Transport et hébergement	495 731	495 731	-	0
Accès services en anglais	53 159	103 159	-	+94,06
Services à domicile	18 938 418	20 631 842	950 000	+13,96
Hébergement temporaire	0	1 087 770	-	+++
Centre de jour	7 044 432	7 236 487	-	+2,73
Services de gériatrie ambulatoire	396 399	3 359 788	-	+747,58
Info-Santé (24/7)	800 000	1 095 518	-	+36,94
Services santé courants en CLSC	6 152 357	6 585 559	-	+7,04
Services sociaux courants en CLS C	5 880 590	5 614 428	-	-4,53
Ressources de type familial	15 188 297	15 582 111	-	+2,59
Ressources en pavillons	6 913 478	7 204 938	-	+4,22
Ressources résidentielles	8 993 572	8 275 768	-	-7,98
Ressources alternatives	60 420	2 010 784	250 000	+3 641,78
Préhospitaliers d'urgence	10 095 162	10 795 162	200 000	+8,92
Secteur communautaire	9 215 693	11 737 957	300 000	+30,62

Régie régionale Mauricie Centre du Québec, mars 1998

ayant fait l'objet d'un développement. Lorsqu'une augmentation budgétaire a été consentie, cela a été fait dans un esprit de garantir un accès équitable aux services entre les territoires de la région tel que le préconisait le *Projet Inter* mentionné précédemment.

Depuis 1996, quelques entreprises d'économie sociale ont été crées. Ces dernières se développent dans un secteur d'emploi de l'aide domestique faisant partie des services de maintien à domicile. La région doit maintenant se doter d'une meilleure analyse quant à l'impact des différentes mesures d'insertion à l'emploi sur les services de base locaux et garantir tant la qualité des services que la stabilité des intervenants qui gravitent autour des usagers.

Finalement, la déconcentration des services régionaux liée à l'approche territoriale requiert certaines clarifications. En effet, il apparaît important de bien préciser les services régionaux à déconcentrer ainsi que les rôles respectifs des établissements. De plus, le libellé de l'orientation porte à confusion et serait à revoir même s'il a eu un effet de ralliement et de mobilisation. La notion de réponse à 85 % des besoins est peu quantifiable et observable.

Le maintien des personnes dans leur milieu de vie

En regard du maintien des personnes dans le milieu, plusieurs mesures sont développées. En effet, les augmentations concernent les budgets de soutien aux familles et aux organismes communautaires, les services de maintien à domicile en CLSC ainsi que les services psychosociaux, diagnostiques et thérapeutiques. La chirurgie et la médecine d'un jour se sont aussi développées. Des balises telles que le 4 % en hébergement institutionnel ont stimulé le développement d'alternatives plus légères. Cependant, tel que formulé en 1996 dans le plan de transformation, il s'est avéré rapidement que les cadres normatifs et législatifs doivent être revus afin d'aller plus loin dans l'utilisation optimale des ressources non institutionnelles. Cette mesure relève du palier gouvernemental.

L'accès aux services

En décembre 1997, les résultats d'une étude effectuée par le *Groupe d'analyse d'impact du virage ambulatoire sur les services en CLSC* indiquent que tous les CLSC de la région ont une plage horaire minimale de 60 heures par semaine et même, la dépasse largement pour les services de maintien à domicile. Les CLSC vivant un contexte de fusion avec des missions d'hébergement pour personnes âgées et de soins de santé de courte durée offrent des services 24 heures par jour, 7 jours par semaine, particulièrement en ce qui a trait aux services médicaux courants.

Le financement des organismes communautaires

Les organismes communautaires expriment un écart de plus en plus grand entre leur niveau d'activités en santé et services sociaux et le soutien qu'ils reçoivent. Plusieurs vivent une précarité financière et, par conséquent, demandent une augmentation significative de leur budget par le biais du programme de soutien aux organismes communautaires (SOC). Ils souhaitent le versement, en 1998, des crédits prévus jusqu'en 2001. Actuellement, le financement accordé et prévu pour les organismes communautaires se distribue tel qu'illustré au tableau 3.

TABLEAU 3
Crédits associés au secteur communautaire

	Crédits déboursés 1996-1998	Crédits non versés	Total	Crédits prévus 1998-2001	Total selon le plan
Secteur communautaire (SOC)	1 900 000	–	1 900 000	1 700 000	3 600 000

Les principales pistes d'amélioration suggérées pour 1999-2002

- Poursuivre et accentuer le déploiement des services sur une base locale en clarifiant certaines orientations, notamment pour les services spécialisés externes et ambulatoires, les services régionaux de santé mentale, de déficience intellectuelle et de jeunesse ainsi que les services préhospitaliers.

- Se doter d'une vision régionale de l'économie sociale en lien avec les services de base offerts dans chaque communauté.

- Poursuivre les travaux déjà amorcés en regard des ressources d'hébergement non institutionnelles dans le sens de favoriser l'utilisation des ressources les plus légères possible.

- Mesurer le poids que font porter les stratégies de maintien dans le milieu de vie sur les femmes, les organismes communautaires, les usagers et la population.

- Procéder à une évaluation des impacts du virage ambulatoire auprès des bénéficiaires, des familles, des bénévoles et, en particulier, des femmes.

- Revoir les pratiques professionnelles pour favoriser l'accès réel, notamment aux services médicaux et pharmaceutiques dans les communautés et ainsi, compléter la mise en place de la gamme locale des services.

- Se doter d'une vision du rôle de la Régie régionale et de ses partenaires dans le développement social compte tenu de la mise en place des conseils locaux de développement (CLD), des tables sectorielles, de l'impact de l'économie sociale et des mouvements de déconcentration et centralisation de plusieurs ministères sur le plan local.

- Ajuster le libellé de l'orientation de façon à en faire un objectif plus facilement mesurable et à indiquer plus exactement ce qui est visé.

Orientation 3 : Assurer l'accès rapide aux services de santé spécialisés et sur-spécialisés pour les besoins qui ne peuvent être répondus localement

Cette orientation est liée à la volonté d'offrir au niveau sous-régional ou régional, des services spécialisés en complément aux services de base offerts sur les territoires. Elle vise aussi à assurer l'autonomie de la région dans sa capacité à répondre aux besoins de services spécialisés et éviter le plus possible l'obligation de se déplacer en dehors de celle-ci.

Cette orientation est soutenue par trois stratégies :

- Confier aux établissements désignés pour le faire des mandats sous-régionaux et régionaux pour certaines spécialités et préciser leur portée territoriale, en découpant la région en fonction des masses critiques.

- Rendre les établissements responsables d'établir formellement, entre eux, des ententes de services garantissant à la population l'accès équitable à des services sous-régionaux, régionaux et suprarégionaux.

- Développer des services très spécialisés (niveau tertiaire) qui sont actuellement essentiels mais inexistants dans la région et ce, afin de les offrir aux clientèles qui doivent se déplacer à l'extérieur de la région pour les obtenir. Pour ce faire, un développement est prévu dans les secteurs de la neurochirurgie, la néphrologie, la cancérologie, les services d'interprétariat et la résonance magnétique.

Les constats

Les mandats régionaux

Bien que des mandats régionaux aient été confiés aux établissements, ceux-ci demeurent difficiles à actualiser. D'une part, certains mandats et mandataires sont questionnés dans leur légitimité par les partenaires. D'autre part, il semble que les habitudes de consommation de la clientèle et les pratiques de référence médicale soient difficiles à changer et la population, qui requiert un service spécialisé, n'est pas toujours aiguillonnée vers l'établissement qui a reçu un mandat régional ou sous-régional.

Par ailleurs, il est clair qu'il faut permettre au citoyen d'exercer son droit démocratique quant au choix du médecin traitant et de recevoir ledit service dans un délai respectable.

Très peu de nouvelles ententes formelles de services facilitant la référence d'usagers entre les établissements, appelés « corridors de services », supportent les liens entre les établissements dans la région ou à l'extérieur de la région.

Un des enjeux importants dans l'actualisation des mandats régionaux et sous-régionaux demeure la présence d'effectifs médicaux en quantité suffisante dans les lieux de pratique (recrutement et rétention). Il en est de même pour la reconnaissance de l'expertise et la décentralisation de celle-ci au niveau sous-régional.

Le financement

Le financement pour le développement de services tertiaires a été alloué selon le calendrier prévu en ce qui concerne les services de dialyse, de cancérologie, de neurochirurgie de même qu'en déficience physique. Le tableau 4 permet de voir les crédits supplémentaires accordés à chacun de ces services

TABLEAU 4
Services spécialisés pour le rapatriement de la clientèle

Services	Enveloppe en 1995-1996		Crédits supplémentaires prévus 1998-1999	Variation en % 1997-1999/1995-1996
Services en cancérologie	-		2 850 000	+++
Service de dialyse	4 025 000		700 000	+40,85
Résonance magnétique	-		600 000	+
Virage ambulatoire-services spécialisés	-		900 000	+++
Services en déficience physique	5 256 176		-	+11,67
Lits de réadaptation (URFI)	3 914 453		744 000	+43,65
Protection de la jeunesse	9 454 900		330 000	+8,36

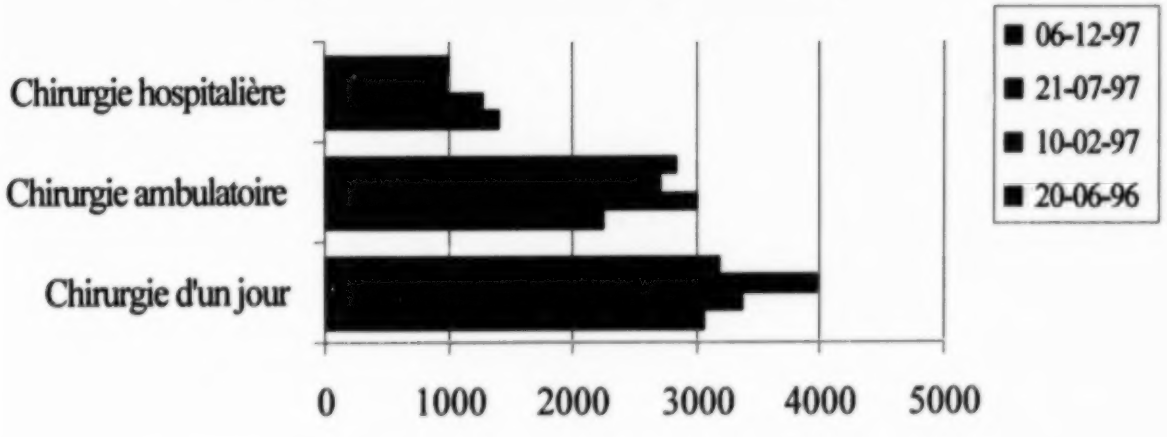
L'activité hospitalière

Le nombre de lits de courte durée ainsi que le nombre de salles d'opération ont sensiblement diminué. La figure 1 portant sur le nombre de patients en attente de chirurgie dans la région démontre que, malgré ces changements, les listes d'attente en chirurgie tendent à diminuer.

Force nous est de reconnaître cependant que les listes d'attente dans certaines disciplines sont inquiétantes, notamment pour l'ophtalmologie, l'orthopédie et la gynécologie.

Figure 1

Nombre de patients en attente de chirurgie dans la région



Note : Les données de 1996 portent sur sept établissements alors que les autres périodes portent sur cinq.

Les principales pistes d'amélioration suggérées pour 1999-2002

- À partir des mandats régionaux déjà confiés à certains établissements en regard de services spécialisés et surspécialisés :

  - Établir les conditions permettant aux établissements désignés de réaliser plus adéquatement leurs mandats régionaux en ciblant les problèmes de compréhension du mandat, de construction de l'expertise et de son rayonnement, de financement et d'habitude de pratique.

  - Voir à ce que s'établissent des ententes de services inter établissements favorisant la référence des usagers vers les services spécialisés.

- Prendre en considération la mobilité de clientèle provenant de toute la région sur le plan du financement des services spécialisés et surspécialisés en modulant le financement en fonction du volume d'activités.

- Mener des études afin d'identifier les facteurs qui permettre de réduire les listes d'attente dans certaines disciplines de la chirurgie et ceci, en s'associant les partenaires et les spécialistes concernés.

Orientation 4 : S'assurer que les services sociaux et de santé soient étroitement coordonnés et personnalisés

Cette orientation veut promouvoir le passage d'un réseau d'établissements à un réseau de services. Elle vise à changer les dynamiques et à amener les partenaires à travailler ensemble par des actions coordonnées ayant un impact sur la santé et le bien-être. Elle favorise ainsi que soit mise en place une continuité de services répondant aux besoins et évitant l'approche en vase clos.

Pour soutenir cette orientation, quatre stratégies sont mises de l'avant :

- Adopter une approche par « programme-clientèle » permettant de bien définir la gamme de services spécifiques à des clientèles ou des problématiques et compléter ainsi le déploiement des services dans leur ensemble.

- Susciter le développement de lieux de concertation et de coordination pour le déploiement de la gamme de services dans chaque territoire.

- Adopter une approche dite de « guichet unique », particulièrement pour la clientèle âgée. La personne qui a besoin de services n'a alors à s'adresser qu'à un seul endroit pour être évaluée et orientée. Une coordination est assurée pour que le suivi se fasse bien.

- Fusionner des établissements et simplifier l'accès au réseau.

  À ce sujet, le plan de transformation de 1996 précise que la fusion des établissements apparaît comme un moyen efficace pour créer une synergie des forces du milieu, se traduisant en gains pour la population en termes d'accès à un guichet unique, de continuité de services, de flexibilité dans l'utilisation des ressources pour adapter la réponse aux besoins des gens et de disparition des duplications.

Les constats

L'approche par programme-clientèle

L'approche par programme-clientèle a beaucoup contribué à développer la gamme de services, particulièrement pour les personnes âgées et les personnes vivant un problème de déficience physique. Cependant, cette approche connaît des limites en ce qui a trait à la planification des services aux personnes vivant de multiples problématiques (ex. : l'autisme et l'itinérance).

La concertation

La plupart des territoires ont mis en place des tables de concertation. L'intensité des travaux et le rythme des tables varient beaucoup selon le territoire ou le programme-clientèle. Cette concertation est vécue comme étant l'une des assises importantes pour la réussite du plan. Toutefois, les partenaires rencontrent plusieurs difficultés. D'une part, il s'avère difficile de concilier deux impératifs de concertation autour d'une même table, soit ceux de la gestion et ceux de la pratique professionnelle.

D'autre part, selon les partenaires, des conditions d'exercice différentes complexifient leurs travaux et leurs relations. En effet, la proportion équitable de représentants d'établissements et organismes communautaires siégeant à une même table territoriale, les règles légales de reddition de comptes pour les établissements et le manque de soutien financier pour les organismes communautaires semblent constituer les principales limites à l'exercice d'un partenariat adéquat.

Le guichet unique

Des travaux régionaux sont en cours afin de faire évoluer le concept de guichet unique pour les personnes âgées.

La fusion des établissements

Quant à la stratégie de fusion de certains établissements, il apparaît trop tôt pour faire une appréciation de ses impacts sur la coordination et la personnalisation des services. Dans le cadre de ce suivi des orientations, quelques répondants ayant vécu de telles fusions semblent y percevoir des avantages.

Par ailleurs, il est certain que la stratégie de fusion des établissements a affecté la réalisation de l'orientation visant la coordination et la personnalisation des services. En effet, compte tenu des réorganisations internes nécessaires pour les établissements concernés par les fusions, les énergies ont dû être centrées sur le vécu interne, au détriment de la coordination des services avec les autres partenaires de leur territoire.

La personnalisation des services

À ce jour, les actions qui ont été faites étaient surtout dans l'axe de la coordination des services. Une volonté réelle de personnaliser les services devra davantage tenir compte de la satisfaction de la clientèle et de ses attentes.

Les principales pistes d'amélioration suggérées pour 1999-2002

- Déterminer de façon spécifique les orientations de services et de financement pour les personnes vivant plus d'un problème de santé et qui ne sont pas incluses dans les programmes décrits au plan de transformation (ex. : itinérance et autisme).

- Faciliter et stimuler la concertation intra et intersectorielle en s'engageant dans des projets pilote d'expérimentation conjointe qui permettre de clarifier les conditions mutuelles de cette concertation.

- Suivre les impacts de la stratégie de fusion d'établissements en regard du respect des mis-

sions ainsi que de l'amélioration de la coordination et la personnalisation des services.

- Personnaliser les services en se référant davantage aux données en lien avec la satisfaction des usagers, la qualité des services et les impacts de la modification de l'offre des services sur la population.

Orientation 5 : Utiliser les ressources de façon efficace et efficiente pour faire en sorte que les services et les structures correspondent à la capacité de payer de la société

Cette orientation reprend des engagements pris par la Régie régionale en 1994-1995, dans le *Projet Inter*, à l'effet d'assurer une gestion efficace des ressources mises à notre disposition et une autosuffisance régionale dans les services sociaux et de santé. La présente orientation touche également au concept d'équité, relié plus particulièrement à l'accessibilité aux services et aux modes de financement utilisés pour allouer les ressources financières aux dispensateurs de services.

Trois stratégies soutiennent cette orientation :

- Viser la performance des services. Pour ce faire, des standards d'utilisation des services sont fixés (ex. : durées moyennes de séjour, taux d'hospitalisation, taux de rétention et taux d'occupation) et font ainsi appel au concept d'efficacité tout en assurant l'équité d'accès.

  Dans un contexte de réduction importante des dépenses et de recherche d'efficacité et d'efficience, les choix visent à éviter des réductions budgétaires identiques pour tous les établissements, à adopter un mode de financement de services dans une proportion qui garantit un accès équitable sur chaque territoire.

- Introduire les bases d'une gestion par objectifs de résultats (ex. : indicateurs de santé et financiers, tableaux de bord, objectifs quantitatifs).

- Revoir les bases de financement en santé physique et en hébergement pour personnes âgées en perte d'autonomie et ce, en fonction des coûts de production standardisés, faisant appel au concept de budgétisation sur une base zéro.

  Le choix de ces programmes-clientèles reposait sur leur poids financier dans le budget régional,

sur de fortes inégalités fréquemment dénoncées et démontrées et sur la nécessité d'établir l'équité dans ces secteurs vitaux pour la population.

Les constats

L'atteinte des résultats

L'ensemble des établissements disent cheminer vers l'atteinte des résultats de performance dans l'organisation des services. Les objectifs de résultats sont devenus des cibles à atteindre et ont favorisé la mise en place de dynamiques territoriales. Cependant, ces indicateurs, mis de l'avant par le plan de transformation, ne font pas l'objet d'un suivi systématique et structuré.

Par ailleurs, il semble que la poursuite de ces résultats a créé une pression importante sur les ressources humaines. Ceci est attribuable à l'augmentation du niveau d'intensité de soins et de services.

Le financement

Des partenaires questionnent le niveau de financement accordé pour certains services en santé physique et aux personnes âgées. Pour eux, ce financement manque de raffinement et ne tient pas compte de la lourdeur des cas. Pour les services ambulatoires, la répartition financière entre les établissements d'un même territoire est remise en question. De façon générale, dans le réseau, il semble exister beaucoup de confusion et d'incompréhension quant aux paramètres utilisés par la Régie pour atteindre plus d'efficacité, d'efficience et d'équité.

Certains programmes-clientèles n'ont pas fait l'objet de révision du financement. Cette situation a entraîné des difficultés pour la mise en place des services qui nécessitent une réallocation financière telle la santé mentale. Par ailleurs, les travaux partiels sur les services de soutien et administratifs n'ont pas encore permis de maximiser les gains d'efficience et d'efficacité.

Le dégagement de budget de développement a permis de combler les écarts dans l'accès à certains services de base et spécialisés sur les territoires.

La diminution du nombre de lits et les fusions d'établissements

La diminution du nombre de lits de courte durée prévue au plan de transformation est complétée. Cela semble contribuer à éliminer une zone d'inefficacité et de non-efficience sans créer d'engorgement dans les salles d'urgence de la région. À ce titre, le tableau 5 permet de voir l'évolution de la situation des urgences hospitalières depuis 1995.

Les principales pistes d'amélioration suggérées pour 1999-2002

- Développer chez les partenaires une compréhension commune des paramètres financiers du plan de transformation – Décisions 1996.
- Poursuivre les travaux dans le sens de l'équité d'accès aux services.
- Raffiner les paramètres de financement pour tenir compte des indicateurs de besoins de la population et du niveau d'intensité de ressources requises.
- Élaborer un plan d'action particulier pour la mise en place des mesures du programme-clientèle en santé mentale.
- Poursuivre de façon plus intensive les travaux en vue d'assurer l'efficience et l'efficacité sur le plan des services administratifs et de soutien (laboratoires, buanderies, etc.).
- Assurer le suivi des objectifs de résultats du plan de transformation par le développement d'indicateurs et de systèmes d'information.

TABLEAU 5
Situation dans les urgences

	1995-1996		1996-1997		1997-1998 [1]		Objectif provincial MSSS
	Région 04	**Province**	**Région 04**	**Province**	**Région 04**	**Province**	
Pourcentage des patients avec séjour de 24 heures et plus sur civière	12,9%	13,6%	12,4%	15,3%	11,98%	ND	Moins de 25%
Pourcentage des patients avec séjour de 48 heures et plus sur civière	0,80%	2,6%	1,5%	3,3%	1,29%	ND	Moins de 2%
Séjour moyen en heures des patients sur civière	11,0	11,9	11,3 [2]	12,9	11,24	ND	Séjour moyen global de 12 heures

Régie régionale de la Mauricie et du Centre-du-Québec, mars 1998

Notes :

(1) 1997-1998 couvre seulement 10 des 13 périodes.

(2) Notre compilation du séjour moyen totalise 11,3 incluant les CH Cloutier, Comtois et Laflèche. Celle du MSSS est de 10,6 sans ces trois centres.

- Rechercher les gains supplémentaires d'efficience et d'efficacité en ciblant les changements de pratique des intervenants et des gestionnaires plutôt que les fusions d'établissement.

Orientation 6 : Permettre à la région de faire sa part dans l'assainissement des finances publiques

Cette orientation implique que les actions à mettre en place doivent éviter les ruptures de services tout en réduisant le budget régional.

Les trois stratégies retenues sont :

- Se doter d'une vision globale des compressions budgétaires pouvant survenir entre 1996 et 1998 et dégager des marges de manœuvre pour :
  - Assumer des vagues successives de compressions.
  - Soutenir la transformation du réseau.
  - Mieux gérer les départs assistés et le replacement de la main-d'œuvre.
- Éviter les compressions paramétriques, ce qui signifie déterminer les cibles budgétaires en fonction du niveau de services qui doit être accessible à la population sur les mêmes bases.
- Ajuster le rythme de contribution des établissements à l'assainissement des finances afin de faciliter l'atteinte des objectifs et de les maintenir en contrôle de leur situation financière (ex. : minimiser l'endettement et éviter la rupture de services).

Les constats

Compressions supérieures à la demande initiale

Il s'est avéré adéquat, en 1996, de planifier des compressions supérieures à celles annoncées par les instances gouvernementales. Cela a permis d'atténuer les impacts négatifs des compressions supplémentaires qui se sont finalement ajoutées. De plus, le budget pour soutenir la transition et la transformation s'est avéré très utile en facilitant les passages de la situation initiale à celle préconisée dans le plan de transformation.
En effet, compte tenu de la marge régionale dégagée pour soutenir la transformation, les établissements de la région sociosanitaire termineront l'exercice financier 1997-1998 avec un déficit global de 11 M $. Ainsi, comparativement à d'autres régions, la situation de la Mauricie et du Centre-du-Québec pourrait être qualifiée de « moins critique ». Le niveau d'endettement de certains établissements est par ailleurs inquiétant.

Il est important de rappeler que les établissements et les organismes communautaires sont tout de même en quête de rehaussement budgétaire. Toutefois, il faut rappeler que tout ajustement des bases budgétaires, toute consolidation de services ou toute réponse à des nouveaux besoins doivent se faire à l'intérieur d'une enveloppe régionale fermée, laquelle n'est pas en croissance.

Offre de services

Malgré tout, à ce jour, la région n'a pas enregistré de cessation de services, ni d'augmentation marquée et persistante d'engorgement des urgences hospitalières. Par ailleurs, afin de contribuer à l'assainissement des finances publiques, le MSSS a mis en place un deuxième programme de départs volontaires. Ce dernier programme a exercé une importante pression sur les services se traduisant par la perte de personnel et d'expertise. Le réseau d'employeurs en place travaille à atténuer les impacts négatifs de tous ces mouvements de personnel.

Ressources humaines

Les personnes demeurées dans le réseau de la santé et des services sociaux vivent, pour leur part, un état d'insécurité, de démotivation et de déstabilisation. Dans ce contexte particulier, il faut rendre hommage au grand engagement professionnel de chacun des acteurs importants qui ont su préserver une qualité de soins et de services.

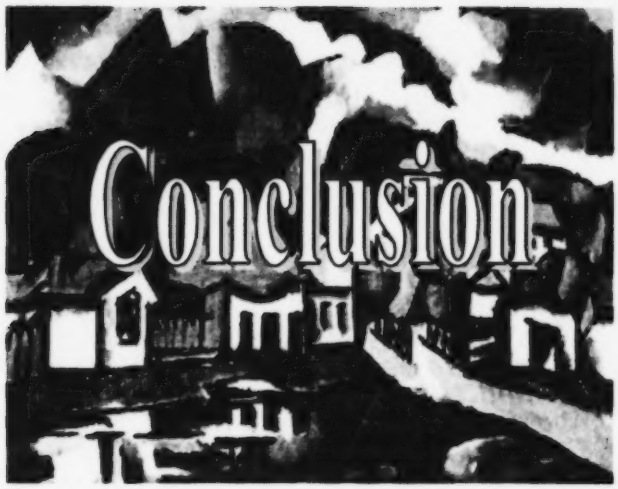
Les ressources humaines des organismes communautaires font également état de l'impact de la transformation sur eux. De même, les femmes dénoncent la faible préoccupation accordée aux impacts du virage ambulatoire sur leurs conditions de vie.

Les principales pistes d'amélioration suggérées pour 1999-2002

- Garder le cap sur l'équité interrégionale et régionale.

- Assurer un suivi de la situation auprès des établissements en difficulté dans leur phase de transition.

- Dégager d'autres marges de manœuvre de transition et de support à la transformation, notamment pour répondre à des besoins en émergence et pour supporter des transformations à venir dans des secteurs telle la santé mentale.


Conclusion

CONCLUSION

Ce suivi effectué auprès du système de la santé et des services sociaux des régions Mauricie et Centre-du-Québec visait à répondre à trois questions majeures portant sur les orientations du plan de transformation élaboré en 1996 :

- Les six orientations du plan de transformation de 1996 sont-elles encore pertinentes et adéquates?
- Les stratégies du plan permettent-elles de cheminer dans la direction souhaitée?
- Quelles sont les principales pistes d'amélioration pour le futur?

Bien que les réponses s'avèrent incomplètes, il en est néanmoins ressorti plusieurs constats qui permettent, d'une part, de mesurer les progrès réalisés et, d'autre part, d'envisager certains réajustements nécessaires. À ce titre, les pistes d'amélioration suggérées pour 1998-2001 constituent un pas en avant pour l'élaboration du prochain plan triennal.

Ainsi, il est maintenant connu qu'une réduction des écarts dans l'accès aux services entre les territoires s'est actualisée, de même qu'une meilleure équité.

De même, les six orientations du plan de transformation de 1996 semblent toujours convenir aux différents acteurs. Aussi, les stratégies retenues semblent majoritairement favorables à l'atteinte des résultats escomptés. Malgré tout, un travail de concertation doit se poursuivre pour une actualisation commune de ces stratégies et des mesures qu'elles supportent.

Enfin, des pistes d'amélioration sont ciblées. Parmi celles-ci, une piste permettra d'améliorer collectivement les réponses aux questions soulevées. Il s'agit du suivi et du monitoring des résultats et impacts des changements implantés. Avec la concrétisation de cette piste d'action, la prochaine démarche de bilan régional sera probablement mieux alimentée en information pertinente sur l'accessibilité, la continuité et la coordination des services, la réponse aux besoins de la population et l'efficacité de notre système sociosanitaire à améliorer la santé et le bien-être de la population.

De ce suivi des orientations, la Régie régionale dégage un nombre certain de défis à intégrer dans le prochain plan triennal, soit :

- le défi de l'accessibilité aux services;
- le défi de l'équité;
- le défi de la communication à la population et aux usagers quant à la nouvelle façon d'offrir les services et de leur accessibilité;
- le défi du suivi et du monitorage des résultats en termes de satisfaction des usagers et d'impacts sur la population;
- le défi de la concertation pour se donner un réseau qui se parle et travaille ensemble;
- le défi de l'intersectorialité;
- le défi des changements de pratique;
- le défi d'intégration des technologies de l'information comme support à la prestation des services et au travail des intervenants et des gestionnaires sur le terrain;
- le défi de faire le virage promotion-prévention;
- le défi de supporter le virage ambulatoire;
- le défi de favoriser le développement social et économique.

La Régie régionale compte adopter pour fins de consultation un plan de consolidation de la transformation pour 1999-2002 qui intégrera ces grands défis. Avant son adoption finale, un débat public aura lieu à l'automne 1998 avec les partenaires et les interlocuteurs significatifs pour recueillir leurs commentaires sur le projet de consolidation proposé.

En terminant, il est souhaité que l'intégration des informations qui visait à produire ce suivi soit utile et facilite la réalisation de la prochaine étape de consolidation dans l'organisation des services de santé et de services sociaux si essentiel à la population.